

# CONSENTEMENT

Intervention chirurgicale<sup>1</sup> (courte description) :

Je soussignée

née le

autorise le Dr Soraya WAPLER à réaliser l'intervention chirurgicale mentionnée au numéro <sup>1</sup>.

- J'atteste que le Dr Soraya WAPLER m'a expliqué la nature et le but de l'intervention chirurgicale. Il m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possibles complications, de même que des possibles alternatives à l'intervention chirurgicale proposée. On m'a donné la possibilité de poser des questions et une réponse à toutes mes questions m'a été donnée.
- Je consens à l'administration d'une anesthésie/sédation/ analgésie jugée nécessaire sous la direction d'un médecin autorisé. S'il s'agit d'une anesthésie locale, j'ai été mis(e) au courant des possibles risques, conséquences et alternatives associés à l'administration de ces médicaments par le médecin mentionné sous chiffre 5. L'information relative à toute autre anesthésie est le fait du médecin anesthésiste.
- Je comprends que durant l'intervention chirurgicale, une situation non prévue peut survenir qui nécessite une procédure différente de celle envisagée et discutée. Je consens à la réalisation, dans ce cas de figure et dans le cadre de l'opération prévue, d'une procédure chirurgicale additionnelle que le chirurgien peut considérer comme nécessaire.
- Je consens de plus à la transfusion de sang ou dérivés sanguins si jugé nécessaire par le médecin ou son (ses) associé(s)/assistant(s). Les bénéfices et les traitements alternatifs possibles m'ont été expliqués de même que les risques et conséquences possibles.
- J'autorise également la mise en place de matériel étranger (prothèse ; par exemple filet) si le médecin le juge nécessaire lors de l'intervention chirurgicale. J'atteste avoir reçu à ce sujet une information sur les risques encourus et les alternatives.
- Chaque organe/tissu/implant enlevé chirurgicalement peut être examiné, mis à disposition et utilisé par l'hôpital pour des raisons médicales, de recherche ou d'enseignement, en accord avec la pratique autorisée.
- Pour des raisons médicales, scientifiques ou à but d'éducation, je consens à la réalisation de photographies, video-taping et/ ou prise d'images télévisées en circuit interne, ainsi qu'à la publication de l'intervention chirurgicale réalisée, pour autant que mon identité ne soit pas révélée et que l'on ne puisse pas me reconnaître.
- Je consens aussi à l'admission de professionnels de la santé en formation dans la salle d'intervention ou lors de traitement.
- Je consens à ce que durant l'intervention chirurgicale, le représentant d'une entreprise de matériel médical puisse également être présent et apporter le support technique nécessaire.
- Je confirme que j'ai lu et pleinement compris les informations mentionnées dans ce document. Je comprends et accepte qu'aucune garantie ou assurance ne puisse m'être faite concernant le résultat attendu de l'intervention chirurgicale.
- J'ai été mis(e) au courant des éventuels plans de soins et traitements possibles après l'opération. J'ai également été informé(e) des effets secondaires ou complications possibles de ces soins / traitements.

Remarques du patient<sup>2</sup> :

Remarques du chirurgien<sup>3</sup> :

J'atteste que tous les espaces libres de ce formulaires (123) ont été remplis avant que je le signe.

**SIGNATURE**

**SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL  
OU THÉRAPEUTIQUE\***

Nom (lettres majuscules) :

Date :

\*La signature du patient doit être obtenue, sauf urgence ou incapacité de discernement.

Je, soussignée, Dr WAPLER Soraya, certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'intervention chirurgicale et/ou procédure diagnostique ou thérapeutique et/ou traitement et/ou anesthésie. Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaite et que j'ai pleinement répondu à ces dernières. Je crois que le patient/représentant légal ou thérapeutique a bien compris ce que j'ai expliqué.

**DATE**

**SIGNATURE**

**CE DOCUMENT FAIT PARTIE INTÉGRANTE DU DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT**